CURSO SUPERIOR DE FISIOTERAPIA

POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E MOBILIDADE DO UTENTE





Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Alcoitão - Estoril

2003

ÍNDICE

POSICIONAMENTOS / MOBILIDADE NA CAMA 5
OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA 5
PREVENÇÃO DAS ZONAS DE PRESSÃO 6
POSICIONAMENTOS 7
POSICIONAMENTO EM DEC. DORSAL* 7
POSICIONAMENTO EM DEC. LATERAL* 8
POSICIONAMENTO EM DEC. VENTRAL 9
MOBILIDADE* 10
MATERIAL USADO PELA FISIOTERAPIA 12
CADEIRA DE RODAS 12
Componentes 13
Variantes 15
BENGALAS 16
Ajuste / Medição 16
TRIPÉ / pirâmide 16
Ajuste / Medição 16
CANADIANAS 17
Variantes 17
Ajuste / Medição 17
MULETAS AXILARES 18
Ajuste / Medição 18
ANDARILHO 18
Variantes 19
Ajuste / Medição 19
BARRAS PARALELAS 19
Ajuste / Medição 19
OUTROS MATERIAIS 20
MATERIAL DE GINÁSIO 20
MATERIAL PARA APOIO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD) 20
TRANSFERÊNCIAS 22
PROCEDIMENTO PADRÃO PARA EXECUTAR UMA TRANSFERÊNCIA 22
CAUSAS DE ACIDENTES DURANTE UMA TRANSFERÊNCIA 23

TIPOS DE PEGAS 24
SELECÇÃO DA TRANSFERÊNCIA 25
TIPOS DE TRANSFERÊNCIAS 25
3 /4 TRANSPORTADORES 25
AUSTRALIANA 27
CADEIRINHA 28
CLÁSSICA 2 TRANSPORTADORES 29
CLÁSSICA 1 TRANSPORTADOR 29
SUBIR / DESCER ESCADAS DE CR 30
SUBIR / DESCER PASSEIOS DE CR 31
MARCHA E AUXILIARES 33
TIPOS DE MARCHA 33
4 PONTOS – canadianas/muletas/piramides/tripes/bengalas 33
2 PONTOS – canadianas/muletas/pirâmides/tripés/bengalas 33
SEMI PENDULAR – canadianas/muletas/andarilho/barras 33
PENDULAR – canadianas/muletas/andarilho/barras 34
DE COSTAS – canadianas/muletas/andarilho/barras 34
3 PONTOS – todos os auxiliares 34
3 PONTOS MODIFICADA – todos os auxiliares 34
1 AUXILIAR – canadiana/bengala/tripé/pirâmide 34
DE LADO – todos os auxiliares 35
SUBIR / DESCER ESCADAS 35
BIBLIOGRAFIA 36

POSICIONAMENTOS / MOBILIDADE NA CAMA

Em fases que o utente necessite de períodos de acamamento, um bom posicionamento e uma mobilidade adequada, irá facilitar a manutenção da integridade da pele, tal como das amplitudes articulares, do tonus muscular e do movimento (Ossman & Campbell, 1998).

O período de acamamento, é a fase com maior risco de desenvolver ZONAS DE PRESSÃO (ver Fig.1) devido a:

- alterações circulatórias
- alterações do movimento e das amplitudes articulares
- alterações respiratórias

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA

- Prevenir alterações circulatórias e respiratórias
- Prevenir alterações do movimento e das amplitudes articulares
- Prevenir alterações da pele
- Facilitar a independência diminuindo o tempo de acamamento e preparando o utente para as fases seguintes.
- Ensino ao utente de forma a atingir a auto-responsabilização

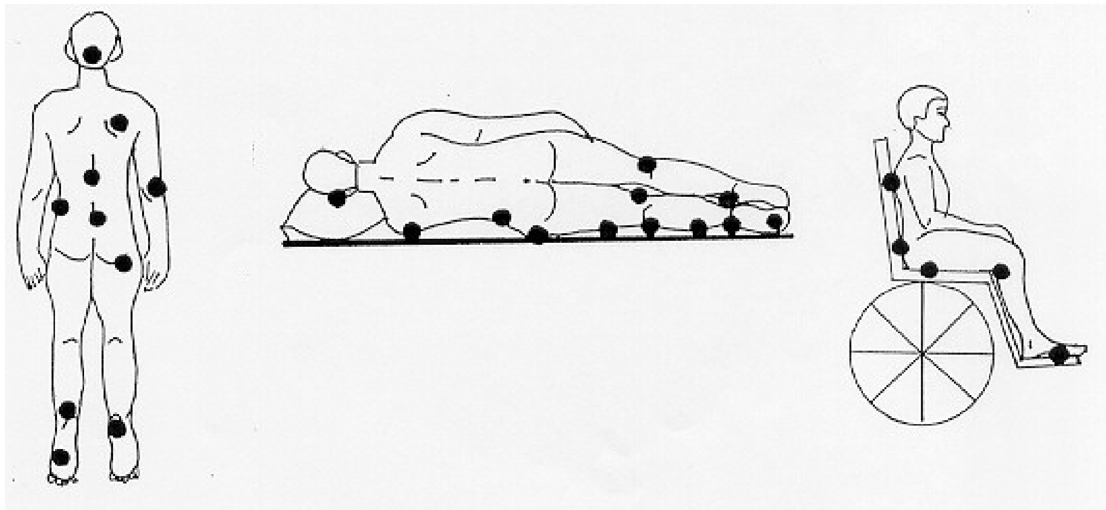


Figure 1 – Zonas susceptíveis de pressão

PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

A prevenção das úlceras de pressão depende, do trabalho conjunto de vários profissionais onde se inclui o Fisioterapeuta. Esta prevenção é feita através de:

- auto-controlo – espelho
- mudanças frequentes de decúbitos (2 em 2 horas)
- POSICIONAMENTOS
- mobilização passíva ou activa
- camas articuladas
- uso de material anti-escara
- alimentação adequada
- higiene adequada
- cuidados com a roupa

POSICIONAMENTOS

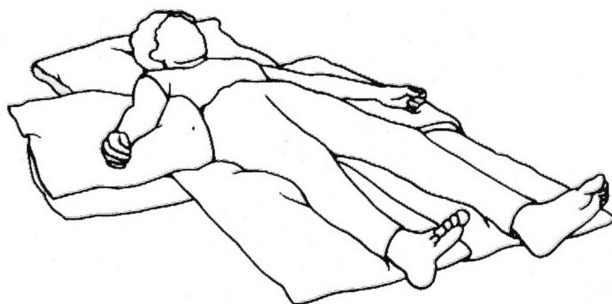
Um posicionamento para ser eficaz, deve:

- **Promover conforto** = o fisioterapeuta deve adaptar o posicionamento às necessidades do utente, este posicionamento sempre que possível deve ser uma opção conjunta entre o fisioterapeuta e o utente.
- **Prevenir alterações do tonus muscular, movimento e amplitudes articulares** = o posicionamento escolhido deve facilitar a mobilidade e mobilização do utente e a estimulação sensorial e proprioceptiva.
- **Prevenir ÚLCERAS DE PRESSÃO**

POSICIONAMENTO EM DEC. DORSAL*

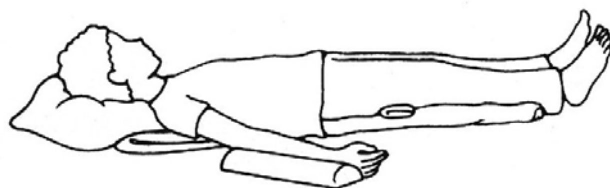
Ter em conta:

- Curvaturas fisiológicas
- Descarga das zonas de pressão
- Alívio total das zonas de pressão quando existir o mínimo sinal de alarme
- Membros superiores ligeiramente abduzidos
- Cotovelos semi-flectidos, dedos ligeiramente abertos e semi-flectidos
- Tibio-társica em posição neutra (evitar o peso da roupa)



TOTALMENTE DEPENDENTE

- colocação em posição neutra da cabeça, tronco e membros
- 1 almofada na cabeça e ombros
- 1 almofada em cada M.S. e M.I. com ligeira abdução
- evitar o contacto dos calcâneos



PARCIALMENTE DEPENDENTE

Segue os mesmos principios da posição anterior, no entanto não necessita de tanto suporte.

* Imagens adaptadas de Adult Positions, Transitions, and Transfers, 1998

POSICIONAMENTO EM DEC. LATERAL*

Ter em conta:

- Cabeça/segmento cervical suportado
- Membro superior em apoio
- Membro superior contra lateral semi-flectido sobre o tronco ou apoiado numa almofada
- Posicionamento funcional da mão
- Membro inferior em apoio - anca em extensão, tibio-társica bem posicionada/suportada (atenção ao maleolo externo)

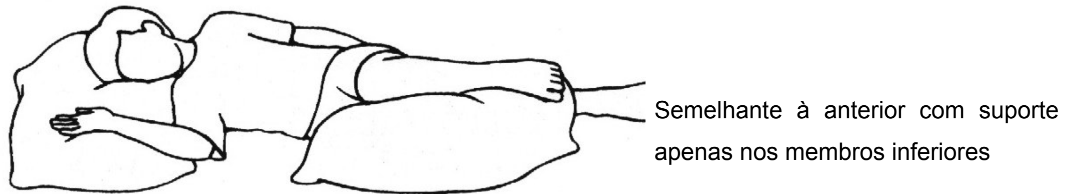


TOTALMENTE DEPENDENTE

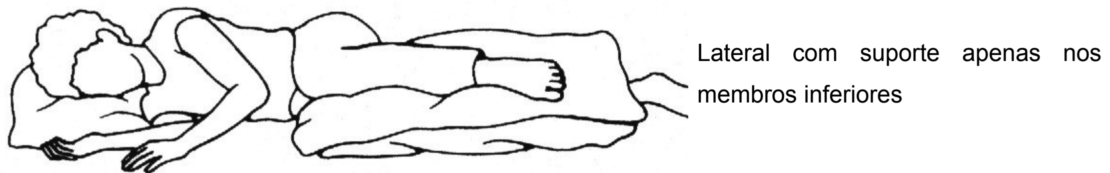
- Almofada entre as costas e a cama
- Manter o ombro infra-lateral ligeiramente anteriorizado
- Suportar a mão infra-lateral na almofada da cabeça
- Manter o membro supra-lateral ao nível do ombro
- Manter os joelhos em flexão com uma almofada entre os dois



Semelhante à posição anterior, com suporte apenas nos membros superiores



Semelhante à anterior com suporte apenas nos membros inferiores



Lateral com suporte apenas nos membros inferiores

* Imagens adaptadas de Adult Positions, Transitions, and Transfers, 1998

POSICIONAMENTO EM DEC. VENTRAL

Este posicionamento nem sempre é bem tolerado pelo utente, desta forma só é utilizado em casos estritamente necessários, como a prevenção de encurtamentos dos flexores da anca ou em situações pós cirurgicas ou escaras posteriores (Ossman & Campbell, 1998).

MOBILIDADE*

O inicio de uma mobilidade precoce, facilita o utente no desenvolvimento de bons padrões de movimento, independência e auto-controlo. Também o fisioterapeuta ao facilitar esta mobilidade na cama, tal como os posicionamentos deve ter em atenção os seguintes aspectos:

- Não puxar pelas articulações
- Não arrastar o corpo na cama
- Promover um bom posicionamento das articulações durante as mudanças de posição
- Evitar amplitudes articulares extremas
- Solicitar o máximo de actividade possível do utente

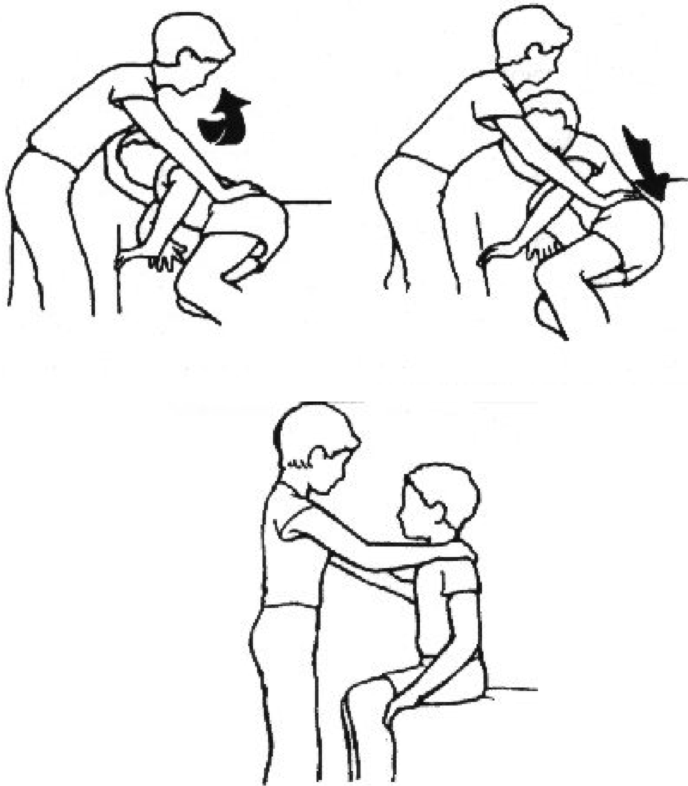
Rolar



- Uma mão suporta o ombro e membro superior
- A outra mão suporta a pélvis e membro inferior
- Rolar em bloco

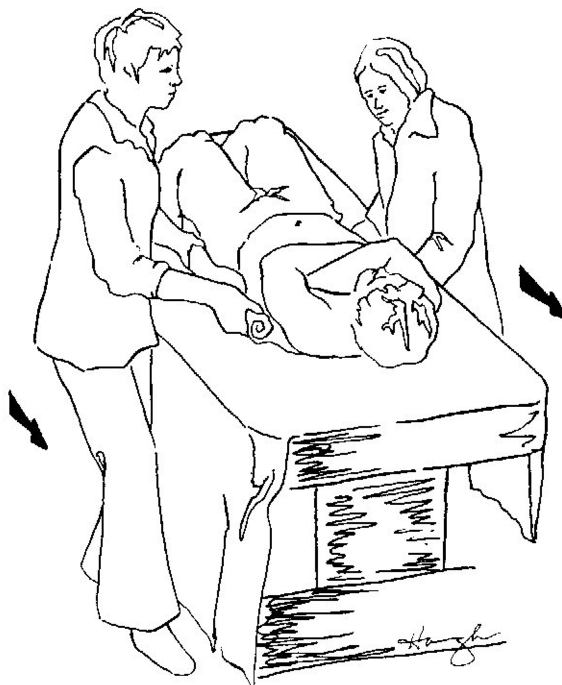
* Imagens adaptadas de Adult Positions, Transitions, and Transfers, 1998

Sentar



- Uma mão suporta a cabeça, cintura escapular e tronco, fazendo elevação
- Outra mão facilita a transferência de peso no ilíaco oposto

Ajustar na cama



Com a ajuda de outra pessoa, usar o lençol mantendo um bom posicionamento da cabeça e tronco, deslocando o utente para o local pretendido.
Outra forma (ver pág. 28)

* Imagens adaptadas de Adult Positions, Transitions, and Transfers, 1998

MATERIAL USADO PELA FISIOTERAPIA

Os materiais aqui apresentados, são alguns dos meios disponíveis ao fisioterapeuta, na facilitação da mobilidade, posicionamentos e independência do utente. A sua apresentação tem como objectivo dar conhecimentos ao nível de:

- conhecer os materiais existentes
- qual a função dos mesmos
- escolha e adequação dos diferentes materiais aos diferentes utentes
- adaptação de material
- manuseamento de material
- ensino ao utente

Sendo este tipo de material, com elevada diversidade, apenas iremos apresentar o mais importante.

CADEIRA DE RODAS

Actualmente existe um leque muito variado de cadeiras de rodas, desde a cadeira universal (fig. 2), a de liga leve (fig. 3), a de encosto reclinável (fig. 4), a de comando eléctrico (fig. 5) à de desporto (fig. 6).

O conhecimento da cadeira de rodas e respectivos componentes tem como objectivo, a melhor escolha, em função do utente, sua patologia ou incapacidade, e características do local onde vai ser usada.

A sua dimensão deve ser adequada de forma a proporcionar uma postura correcta, uma mobilidade fácil e maior independência possível.


Figure 2


Figure 3


Figure 4


Figure 5


Figure 6

Componentes

Braços / Apoio de braços

- Estabilização do tronco
- Apoio de cotovelos flectidos



Protecção Lateral

- Deve ter uma distância das ancas de +- 2,5 cm
- Estabilidade lateral
- Protecção das rodas



Assento

- Deve ser estável mas confortável em simultâneo
- A sua largura deve ter +-5 cm a mais de cada lado em relação às dimensões do utente
- A sua profundidade, deve permitir o apoio das coxas até +-7 cm antes da região politeia
- A distância entre o assento e os apoios dos pés deve proporcionar um angulo de 90º nos joelhos



Encosto

- Deve proporcionar um apoio mínimo, onde o bordo superior deve estar alinhado 10 cm abaixo da axila ou angulo inferior da omoplata (em casos de bom controlo do tronco, pode-se dar suporte apenas ao nível dorsal baixo – paraplegias baixas)
- Pode ser reclinável
- Pode ser articulado para melhor arrumação
- Deve permitir a adaptação de um encosto de cabeça

Apoio de pés (Pedais)

- Pode ser fixa, móvel ou amovível
- Pode ser peça única ou individual
- Ajustável em altura
- Deve permitir o apoio da tíbio-társica a 90º







Pegas

- Útil, quando o utente necessita de ser conduzido por 3ª pessoa
- Serve como apoio do membro superior do mesmo lado, quando o utente necessita de fazer actividades com o outro membro que solicitem estabilidade do tronco



Travão

- Devem imobilizar as rodas de forma eficaz
- Podem ser de diferentes formas consoante o tipo de patologia




Rodas grandes (1)

- Têm aproximadamente um perímetro de 60 cm
- Podem ter câmara de ar ou ser de borracha compacta
- Deve-se fazer a manutenção frequente do ar

Aro de propulsão (2)

- Associado às rodas grandes, permite a condução da cadeira (aro dto. muda a direcção para a esq.; aro esq. muda a direcção para a dta.)
- Podem ser duplos
- São mais salientes e com um diâmetro inferior ao da roda

Nota: conveniente o utente usar luvas



Roda livre

- Diâmetro variável aproximadamente de 20 cm
- Facilitam as manobras com a cadeira



Eixo

- Permite fechar a cadeira para facilitar a passagem em locais estreitos, ou para facilitar a arrumação



Variantes

- Quatro rodas pequenas
- Cadeira com três rodas de tracção mecânica
- Cadeira de condução unilateral (hemiplegias)
- Cadeira eléctrica de controlo com membro superior, controlo mentoniano ou por sopro
- Cadeira para WC
- Existência de apoios posteriores para facilitar as manobras da cadeira por 3ª pessoa
- Existência de rodas posteriores anti-volteio

BENGALAS



- Normalmente são de madeira (ajustadas/cortadas para o próprio utente)
- Quando de alumínio são ajustáveis em altura
- Ponteira de borracha
- Existem várias pegas de preensão (anatómicas, chapéu de chuva ou rectas), onde a extensão ou concavidade, fica virada posteriormente

Ajuste / Medição

- A pega de apoio deve ficar ao nível do grande trocanter (salvo raras excepções – cifoses acentuadas, membros superiores curtos)
- O cotovelo deve ficar ligeiramente flectido (+- 25 cm)

TRIPÉ / pirâmide

- Semelhantes à bengala, mas com maior base de suporte
- O tripé (1) tem uma base triangular
- Pirâmide (2) tem uma base quadrangular
- Normalmente são de alumínio cromado
- A área das bases pode variar (20 ou 30 cm)

Ajuste / Medição

- Respeita as mesmas regras da bengala
- Sempre que exista, o angulo maior da base, fica virado para o utente
- Cada auxiliar pode servir no membro dto. e esq., fazendo apenas a rotação da pega de preensão

CANADIANAS

- Normalmente são de material leve (alumínio ou fibra de carbono)
- Compostas por braçadeira, pega de preensão e ponteira de borracha
- Ajustáveis em altura e algumas na braçadeira
- A pega de preensão pode ser anatómica ou não
- A braçadeira pode ser fixa ou móvel, geralmente quase fechada

Variantes

Canadianas para artríticos

- Não tem apoio de braço, existe um apoio para o antebraço, que pode ser ajustável em comprimento e inclinação, permite uma distribuição do peso do corpo por um segmento maior, aliviando as articulações afectadas (cotovelo, punho e dedos)
- A pega de preensão está no prolongamento do apoio do antebraço
- É ajustável em altura

Ajuste / Medição

- Braçadeira deve ficar 2 a 3 dedos abaixo da articulação do cotovelo
- Pega de preensão ao nível do grande trocanter
- Cotovelo flectido a +- 25º
- A ponteira deve ficar 10 a 15 cm para fora e para a frente da biqueira do sapato
- O ajuste em altura é feito através de espigões na extremidade distal da canadiana

MULETAS AXILARES

- Normalmente são de madeira ou de alumínio
- Ajustáveis em altura e na pega de preensão
- Compostas por apoio torácico, pega e ponteira de borracha



Ajuste / Medição

- Apoio torácico 2 a 3 dedos abaixo da axila
- Pega ao nível do grande trocanter
- Cotovelo flectido +- a 25º
- A ponteira deve estar 10 a 15 cm para fora o para a frente da biqueira do pé
- Deve-se solicitar que o apoio seja feito contra a grelha costal e não nas axilas, porque:

  -Permite um melhor aproveitamento mecanico da força

  -Evita a compressao de estruturas nobres que passam a nivel axilar

ANDARILHO

- Normalmente são em alumínio cromado
- Têm uma base de sustentação quadrangular
- Ajustáveis em altura
- Os apoios podem ser:

  - Todos com ponteiras de borracha
  - Todos com rodas
  - Com ponteiras de borracha à frente e rodas atrás
- Pode ser articulado o que facilita a dissociação da marcha, ou fixo movendo-se em bloco.

- Pode ter um sistema de dobradiças o que facilita a arrumação

Variantes

Pode ter assento
Pode ter uma preensão para artríticos
Pode ter uma base de sustentação triangular

Ajuste / Medição

- Preensão ao nível do grande trocanter
- Cotovelos flectidos a +- 25º

BARRAS PARALELAS

- Podem ser de madeira ou de metal
- Podem ser fixas, (oferecem melhor estabilidade), ou móveis o que permite o transporte para outro local ou ajustar a largura ao utente
- Podem ser ajustáveis em altura ou largura
- Podem ter vários tipos de preensão (corrimão)
- Normalmente as fixas têm varões duplos ou triplos, permitindo várias alturas
- Permitem o treino de vários utentes em simultâneo (depende do comprimento)

Ajuste / Medição

Respeitam as regras dos outros auxiliares de marcha

OUTROS MATERIAIS

Material anti-escara

Camas hospitalares

Marquesas

MATERIAL DE GINÁSIO

Espaldar

Cunhas

Rolos

Espelhos

Bolas

Escadas

Pesos

Roldanas

Molas

Bandas elásticas

Aparelhos de fortalecimento

Bicicletas

Ergómetro manual

Passadeiras

MATERIAL PARA APOIO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Tábuas de banho

Tábuas de transferência

Tapetes anti-derrapantes

Discos para facilitação das transferências

Barras de apoio

Calçadeiras abotoadeiras

Preensões de talheres

Preensões de canetas

Material de suporte informático

Adaptações para dedos para teclado

TRANSFERÊNCIAS

As transferências para serem correctas, devem promover alinhamento, distribuição de peso homogéneo e segurança.

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA EXECUTAR UMA TRANSFERÊNCIA

1- AVALIAÇÃO DO UTENTE

- tipo de patologia
- grau de dependência
- condições em que está acamado

2 - SELECÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

- tipo de transferência
- numero de transportadores
- trajecto
- saber se o doente já fez alguma transferência - como correu

3 - POSIÇÃO DO EQUIPAMENTO

- preparar o espaço
- posição da cama, cadeira, C.R.., etc (+ curto + fácil + seguro + funcional)
- verificar onde estão os auxiliares de marcha
- verificar a altura das superfícies implicadas na transferência

4 - INFORMAR O UTENTE E POSICIONÁ-LO

- informar:
    - melhora a colaboração do utente
    - reduz a ansiedade/medo
    - maior sintonia
- posicionar:
    - melhora a colaboração

diminui o risco de queda

diminui o risco de magoar certas zonas do corpo

5 - POSIÇÃO DO TRANSPORTADOR• centro de gravidade
• base de sustentação
• alavancas
• posição dos membros inferiores
• posição dos pés

6 - INSTRUÇÕES POSICIONAMENTO DOS AJUDANTES/COMANDOS• só um comanda
• palavras, não números
• Exemplo:

estão prontos?

suportar

puxar

levantar

2 passos para trás

parar

baixar o utente

7- CONTACTOS MANUAIS
• posição da mão/dedos
• suportar, não agarrar
• mãos suadas !!!! Não
• fazer pressão contra o colchão

CAUSAS DE ACIDENTES DURANTE UMA TRANSFERÊNCIA

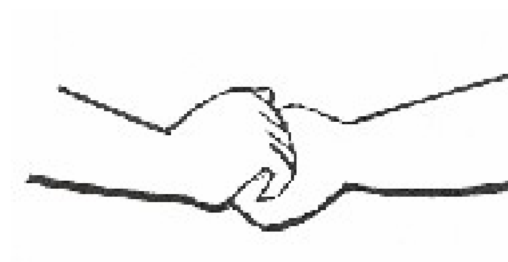
Falha na avaliação do peso e tipo de utente a transferir e nº de pessoas requeridas
• utente muito pesado para o nº de transportadores
• segurar demasiado tempo o utente
• acessibilidade dificultada pelo meio circundante ou mobília
• estar muito distante do utente• não haver comunicação com os transportadores ou com o utente
• o utente falha na cooperação esperada

- os transportadores não usam roupa adequada à tarefa
- transportadores com alturas muito diferentes
- problemas do transportador (costas, pescoço, ombros)

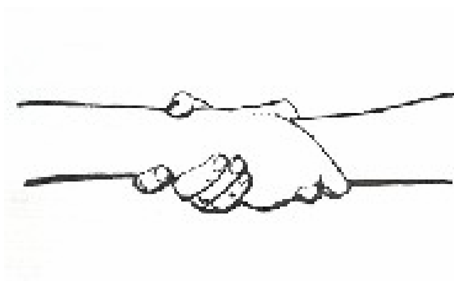
TIPOS DE PEGAS

Durante as transferências, as mãos dos transportadores servem de suporte, não devendo os dedos fazer pressão, devendo o transportador utilizar as pegas mais adequadas:

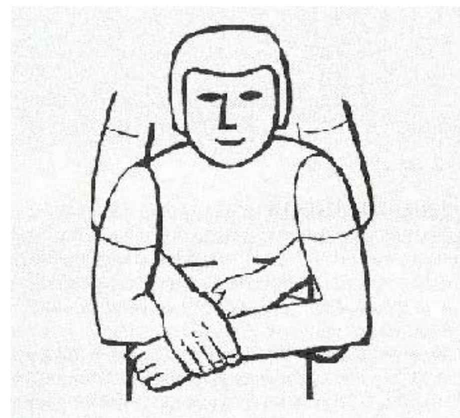
DEDOS



PUNHO



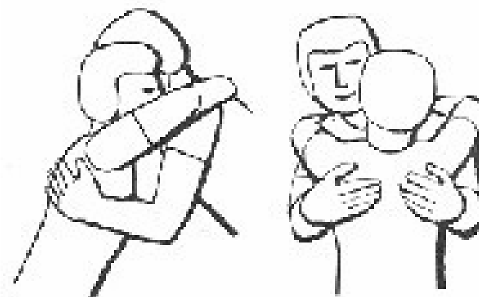
APOIO NA GRELHA COSTAL



PÉLVICA



AXILAR



SELECÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

- o utente está consciente ou inconsciente?
- onde está o utente?
- em que posição está?
- para onde vamos transferi-lo?
- há alguma aparelhagem sensível a ser transportada?
- existem problemas especiais como espasticidade ou flacidez?
- todas as articulações têm amplitudes de movimento normais?
- o utente consegue agarrar, puxar ou empurrar-se com as mãos?
- o utente tem alguma deficiência auditiva ou visual?
- podemos manejar o utente sem lhe provocar dor?
- a pele pode ser tocada nos sítios onde vamos dar suporte para a transferência?

TIPOS DE TRANSFERÊNCIAS

3 /4 TRANSPORTADORES

Transferência utilizada em situações de grande dependência, o segmento tronco-cabeça deve ser devidamente estabilizado.

Cama – Cama

- ***Suporte do segmento cervical*** = um dos membros suporta a região occipital e estabiliza as duas primeiras vértebras cervicais; o outro membro suporta a parte superior do tronco, ao nível das espinhas das omoplatas. O transportador que ocupa esta posição, normalmente é o chefe da equipa.
- ***Suporte da região pélvica*** = um membro suporta o segmento lombar; o outro membro suporta a face posterior das coxas. Este é o transportador que irá exercer mais força.
- ***Suporte dos membros inferiores*** = um membro dá suporte ao nível de 1/3 inferior das coxas; o outro membro dá suporte ao nível de 1/3 inferior das pernas acima dos maléolos.

NOTA: quando a manobra é efectuada por 4 transportadores, há um que fica exclusivamente a traccionar a cabeça, acompanhando o movimento.

1. Deve-se chegar o utente para o bordo da cama, colocando os antebraços nas regiões acima indicadas e fazendo o deslize à custa dos membros inferiores, que devem estar semi-flectidos e com um membro à frente do outro.
2. Com os cotovelos flectidos junto ao tronco , rolar o utente para os transportadores de uma forma sincronizada e elevar à custa da extensão dos membros inferiores.
3. Deslocar o utente de uma cama para a outra, dando passos sincronizados, comandados verbalmente.
4. Colocar o utente na cama à custa da flexão dos membros inferiores, tendo um membro ligeiramente à frente do outro.
5. Posicionar o utente adequadamente

Cama ↔ Cadeira de Rodas

Transferência utilizada nos casos referidos acima, seguindo os mesmos níveis e regras de suporte.

O processo de transporte até chegar à cadeira, segue a mesma sequência acima apresentada, quando junto da cadeira:

1. O transportador do suporte do segmento cervical fica ligeiramente atrás da cadeira, de forma a proporcionar o movimento de sentar o utente
2. Os outros dois transportadores, semi-ajoelham-se, coordenados com o primeiro, continuando o movimento.
3. Ajuste do utente na cadeira, o transportador no segmento cervical, segura os antebraços do utente e com apoio na grelha costal ajusta o utente para trás, um outro transportador ajuda nos membros inferiores.

NOTAS:

- deve-se travar a cadeira, recolher os pedais e tirar se possível o braço do lado da transferência.
- A transferência da cadeira para a cama, é executada segundo o mesmo esquema, no sentido inverso, sendo o seu inicio a posição de chegada. O mais funcional é colocar a cadeira no enfiamento da cama, com o espaço apropriado, embora o mais comum, por falta de espaço, seja colocar a cadeira de lado.

AUSTRALIANA

É uma transferência realizada com 2 transportadores, utilizada em utentes parcialmente dependentes para:

- Longos percursos
- Subir e descer escadas
- Para o chão
- Ajustar o utente na cama

Transferência de um local para outro

Este tipo de transferência, permite aos transportadores irem de frente para o caminho, o que facilita a tarefa, devendo estes colocar-se:

- De frente para o utente, encostar o ombro do transportador contra a grelha costal do utente, abaixo da axila, de forma a não magoar o utente.
- Dar o braço do mesmo ombro que encosta à grelha costal ao outro transportador, fazendo se possível uma pega de punho ou de dedos, por baixo das coxas do utente, proporcionando um assento.
- O outro membro superior dá apoio nas costas do utente.
- A elevação do utente é feita à custa da extensão dos membros inferiores

NOTA: os transportadores devem ser sensivelmente da mesma altura.

Cadeira de rodas ↔ Chão

Seguem-se os procedimentos anteriores, para suporte, no entanto os transportadores devem:

- Estar numa posição semi-ajoelhada
- Apoiar o outro membro superior no braço/assento da cadeira para facilitar a elevação

NOTA: o esquema de subida é idêntico ao de descida.

Ajuste na cama

Seguem-se todos os procedimentos descritos anteriormente, devendo os transportadores:

- Apoiar o membro superior na cama
- Deslocar o utente para cima/baixo sem arrastar.

CADEIRINHA

É um tipo de transferência que pode ser usado para distâncias longas, podendo ser feita através de dois tipos de suporte:

Espaldar

- Os transportadores estão de lado do utente, frente a frente
- Os membros superiores do lado do tronco do utente, cruzam atrás para suportar as costas
- Os outros membros cruzam-se debaixo das coxas do utente de forma a proporcionar um assento
- O utente abraça os ombros dos transportadores

Braços

- Os transportadores colocam-se na mesma posição
- Os membros superiores do lado do tronco do utente, fazem uma pega de antebraço com o respectivo membro superior do utente
- Os outros membros cruzam-se debaixo das coxas do utente de forma a proporcionar um assento

CLÁSSICA 2 TRANSPORTADORES

Transferência utilizada em utentes parcialmente dependentes para:

- Cama ↔ cadeira
- Cadeira ↔ cadeira

O utente parte de uma posição de sentado com os braços cruzados à frente, os transportadores colocam-se:

- Um atrás do utente, fazendo uma pega de apoio na grelha costal
- O outro transportador suporta os membros inferiores com um membro superior a suportar as coxas e o outro a suportar as pernas
- A elevação ou abaixamento é feito à custa da extensão ou flexão dos membros inferiores.

NOTA: para facilitar a manobra, o utente deve estar sempre chegado para os bordos da cama/colchão.

CLÁSSICA 1 TRANSPORTADOR

Transferência utilizada em utentes parcialmente dependentes para:

- Cama ↔ cadeira
- Cadeira ↔ cadeira

Para facilitar a transferência, deve-se:

- Colocar as duas superfícies de transferência em angulo e se possível ao mesmo nível, ou a superfície para onde se vais transferir ligeiramente mais baixa

- No caso da cadeira de rodas, deve travar-se a cadeira, retirar-se o braço do lado da transferência, bem como recolher os pedais.
- O utente deve ser colocado no bordo da cama (sentado com as pernas pendentes), ou no bordo da cadeira.
- Os pés do utente devem ser posicionados numa posição intermédia, para que no fim da transferência não fiquem numa posição incómoda – devem estar bem apoiados.

O transportador deve:

1. Informar o utente do tipo de ajuda que este deve dar (inclinar-se para a frente no momento do levante para impulso, fazendo apoio com os membro superiores nas omoplatas do transportador e se possível ajudar com os membros inferiores)
2. Estar de frente para o utente, com os membros inferiores semi-flectidos e ligeiramente afastados, de forma a estabilizar os joelhos do utente, na face antero-externa.
3. Suportar o tronco do utente no seu tronco para que este apoie a cabeça no seu ombro
4. Fazer uma pega pélvica
5. Colocar a cabeça para o lado da transferência.
6. Fazer uma transferência sentado quando o utente não adquire a posição de pé, fazendo uma rotação do utente de uma superfície para a outra, sem arrastar, transferindo o peso para trás à custa dos membros inferiores.
7. Fazer uma transferência em pé, se a condição clínica assim o permitir, usando os princípios anteriores.

SUBIR / DESCER ESCADAS DE CR

2 transportadores

- Coloca-se um transportador (1) nas costas da cadeira, fazendo a pega nas pegas da cadeira
- Coloca-se outro transportador (2) na frente da cadeira, fazendo a pega nas hastes das rodas livres (nunca em locais móveis)

- Coloca-se a cadeira em posição de cavalinho
- O transportador (1) mantém um pé no nível da cadeira e outro no degrau acima, fazendo a elevação da cadeira à custa da extensão dos membros inferiores, devendo a cadeira estar apoiada na coxa do membro inferior que está em baixo
- O transportador (2), facilita a elevação também à custa da extensão dos membros inferiores.
- Se possível não se deve mudar os pés dos degraus durante o movimento
- O transportador (1) é quem comanda
- As rodas devem subir/descer simetricamente.

NOTA: o processo de descida é semelhante, no entanto esta é feita à custa do trabalho excêntrico dos extensores do joelho dos transportadores.

3 transportadores

O processo é semelhante ao anterior, excepto na posição de dois transportadores, estes colocam-se lateralmente na cadeira, de frente para o utente:

- Fazendo uma pega no aro de propulsão e outra na haste da roda livre
- Facilitando a subida ou descida através de introdução de movimento nas rodas (sintonizado).

SUBIR / DESCER PASSEIOS DE CR

Subir

Deve-se subir sempre de frente:

1. O transportador deve estar nas costas da cadeira
2. Colocam-se as rodas livres em cima do passeio
3. Coloca-se um membro inferior semi-flectido e encostado ao encosto da cadeira e outro ligeiramente atrás
4. Com extensão dos joelhos a ajuda dos membros superiores nas pegas da cadeira faz-se a elevação e avanço da cadeira.

Descer

Pode-se descer de frente ou de costas:

- ***Frente*** = coloca-se a cadeira em cavalinho, o transportador avança um membro inferior para encostar a cadeira à sua coxa, e através do trabalho excêntrico dos extensores do joelho e do suporte nas pegas da cadeira, deixa esta descer lentamente.
- ***Costas*** = novamente com um membro inferior avançado para suporte do encosto da cadeira e com suporte nas pegas da cadeira, deixam-se descar lentamente as rodas grandes, depois eleva-se ligeiramente a cadeira o roda-se para retirar as rodas livres do passeio sem arrastar.

MARCHA E AUXILIARES

O ajuste do auxiliar de marcha ao utente e de extrema importância para:

- a postura
- a correcção de eventuais defeitos de marcha
- uma utilização adequada

NOTA: ver ajuste dos auxiliares no capítulo “MATERIAL USADO PELO FISIOTERAPEUTA págs 16 - 19..

TIPOS DE MARCHA

A escolha de um auxiliar de marcha requer um conjunto de atenções nomeadamente:-
O tipo de patologia
- Grau de dependência
- Força muscularMediante o auxiliar de marcha seleccionado, varios tipos de marcha podem ser executados

4 PONTOS – canadianas/muletas/piramides/tripes/bengalas

1.Levantar e avançar o auxiliar dto.
2.Transferir o peso para o auxiliar e M.I. dto.
3.Fazer força nos auxiliares e avançar o M.I. esq.
4.Transferir o peso para o M.I. esq. e avançar o auxiliar esq.
5.Transferir o peso para o auxiliar e M.I. esq.
6.Fazer força nos auxiliares e avançar o M.I. dto.
7.Começar nova sequência

2 PONTOS – canadianas/muletas/pirâmides/tripés/bengalas

1.Levantar e avançar o auxiliar dto. em simultâneo com o M.I. esq.
2.Transferir o peso para o auxiliar dto e M.I. esq.
3.Levantar e avançar o auxiliar esq. em simultâneo com o M.I. dto.
4.Começar nova sequência

SEMI PENDULAR – canadianas/muletas/andarilho/barras

1.Num movimento rápido, avançar simultaneamente ambos os auxiliares, mantendo a pélvis devidamente trancada para a frente
2.Destrancar a pélvis, executar um *push-up* de forma a fazer avançar os M.I sem arrastar os pés e sem passar para a frente dos auxiliares, trancar a pélvis
3.Começar nova sequência

PENDULAR – canadianas/muletas/andarilho/barras

1.Num movimento rápido, avançar simultaneamente ambos os auxiliares, mantendo a pélvis devidamente trancada para a frente
2.Destrancar a pélvis, executar um *push-up* de forma a fazer avançar os M.I sem arrastar os pés, passando para a frente dos auxiliares, trancar a pélvis
3.Começar nova sequência

DE COSTAS – canadianas/muletas/andarilho/barras

1.Num movimento rápido, recuar simultaneamente ambos os auxiliares, mantendo a pélvis devidamente trancada para a frente
2.Destrancar a pélvis, executar um *push-up* de forma a fazer recuar os M.I sem arrastar os pés e sem passar para trás dos auxiliares, trancar a pélvis
3.Começar nova sequência

3 PONTOS – todos os auxiliares

1.Avançar o membro afectado simultaneamente com os auxiliares
2.Transferir o peso para os auxiliares e dar um passo com o membro sao, ultrapassando os auxiliares
3.Começar nova sequência

3 PONTOS MODIFICADA – todos os auxiliares

1.Avançar simultaneamente os auxiliares
2.Transferir o peso para os auxiliares e dar um passo com o membro afectado
3.Avançar o membro são
4.Começar nova sequência

1 AUXILIAR – canadiana/bengala/tripé/pirâmide

O auxiliar deve estar sempre no lado oposto ao membro lesado, para:- Transferir o peso para o membro são e auxiliar

- Fazer descarga do membro afectado1.Avançar o auxiliar em conjunto com o membro afectado

2.Transferir o peso para o auxiliar e avançar o membro são

3.Começar nova sequência

DE LADO – todos os auxiliares

1.Deslocar para o lado um auxiliar

2.Deslocar lateralmente e alternadamente os M.I

3.Deslocar o outro auxiliar

4.Começar nova sequência

Útil para passar em locais estreitos

SUBIR / DESCER ESCADAS

- Em casos de 1 membro lesado, deve-se subir sempre com o membro não lesado em 1º lugar e depois subir o membro lesado e o auxiliar de marcha, deve-se descer o membro lesado em 1º lugar juntamente com o auxiliar de marcha e só depois o membro não lesado.
- No uso de canadianas ou muletas axilares, na subida estas devem avançar depois ou em simultâneo com o membro oposto, na descida devem avançar antes ou em simultâneo com o membro oposto.

BIBLIOGRAFIA

- Ferreira, J; Cruz, E; Pereira, F. (1991). Apontamentos das aulas não publicados, ESSA - Alcoitão.

- Gouveia, M. (2001). Apontamentos das aulas não publicados, ESSA - Alcoitão.

- Ossman, N; Campble, M. (1998). Adult Positions, Tansitions, and Transfers. Therapy Skill Builders